1867
Lane Medical Library

Ueber

Haematocele periuterina.

Medicinische Inaugural-Dissertation

mit Genehmigung

der medicinischen Facultaet

der vereinigten Friedrichs-Universitaet

Halle-Wittenberg

zur Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin und Chirurgie

zugleich mit den Thesen öffentlich vertheidigt

am

4. October 1867 — Vormittags 11 Uhr

von

Gustav Adolph Caesar

gegen

E. Schultz, Cand. med.

M. Schulz, Cand. med.

Halle,

Druck von W. Plötz.

Seinen lieben Eltern

aus Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Schon bei Hippocrates (ed. Ermerins. Epidemiorum lib. V. p. 715.) finden sich Beschreibungen von Beckengeschwülsten bei Frauen, welche in ihren Erscheinungen sehr viel Aehnlichkeit mit der Affection zeigen, welche wir jetzt Haematocele nennen. Auch Galenus (Gal. de locis affectis lib. VI. c. V.) giebt eine ziemlich treffende Schilderung dieser Affection, ohne jedoch einen speciellen Fall zu erzählen.

Später sind in der Litteratur hin und wieder Fälle von Beckengeschwülsten, die nicht Eiter, sondern mehr oder weniger verändertes Blut enthielten, erwähnt, kein Autor scheint jedoch eine richtige Idee von der Natur dieser Affection gehabt zu haben.

Im Jahre 1841 veröffentlichte Bourdon (Tumeurs fluctuant du petit bassin. Revue médicale 1841. p. 41.) 2 Fälle von retrouterinen Blutergüssen, die Récamiers beobachtet und auf operativem Wege geheilt hatte. Jedoch weder Récamiers noch Bourdon erwähnen etwas Näheres über die genaue Natur der durch einen Bluterguss erzeugten Beckengeschwülste und scheint diese somit auch ihnen noch unbekannt gewesen zu sein. Mehr scheint sich schon Velpeau damit beschäftigt zu haben, der auch im Jahre 1843 (Recherches sur les cavités Closes p. 125.) über einen Fall berichtete, wo er einer Frau eine Beckengeschwulst geöffnet, den blutigen Inhalt daraus entleert und eine Jodlösung in die Höhle derselben injicirt hatte.

Diese Fälle scheinen jedoch damals noch wenig Interesse erregt zu haben, wenigstens findet sich in der Litteratur mit Ausnahme einiger von Dr. Bernutz (Archives gén. de. méd. Paris 1848) veröffentlichten Ab-

handlungen, worin die intraperitonealen Blutungen mit der Retention der Katamenien in Zusammenhang gebracht werden, bis zum Jahre 1850 fast Nichts über diesen Gegenstand.

In diesem Jahre hielt Nélaton im Hospital des Cliniques eine Vorlesung über die durch einen Bluterguss bedingte Beckengeschwnlst, die er Haematocele retrouterina nannte, und besprach darin genau die Entstehung, Diagnose und Behandlung derselben. Nach seiner Ansicht sollte der Bluterguss immer in die Excavatio retrouterina innerhalb des Bauchfells stattfinden, abgegrenzt nach oben durch Pseudomembranen zwischen den Dünndärmen, nach vorn durch die ligg. lata, nach hinten durch den Mastdarm und das Rectum.

Nachdem Nélaton, der sich bei der Beschreibung der Haematocele auf verschiedene Sectionen stützte, von Neuem die Aufmerksamkeit auf diesen Gegenstand gelenkt hatte, häuften sich sehr bald die Beobachtungen und ergaben diese denn auch in kurzer Zeit, dass Nélaton seine Definition von der Haematocele in zu engen Grenzen gehalten hatte. Es wurde nämlich sehr bald beobachtet, dass die Geschwulst, die nach Nélatons Ansicht ihren Sitz nur hinter dem Uterus haben sollte, diesen öfter auch seitlich umfasste, ja dieselbe in seltenen Fällen eine praeuterine sei, und wurde deshalb die Affection besonders von Huguier, Becquerel und Nonat, „Haematocele periuterina“ genannt, um damit zu bezeichnen, dass die Geschwulst ihren Sitz im Allgemeinen in der unmittelbaren Umgebung des Uterus habe.

Letztere Bezeichnung habe auch ich gewählt, da sie meiner Ansicht nach die passendste ist, denn, wenn auch allgemein zugegeben werden muss, dass der häufigste Sitz der Haematocele retrouterin ist, so berechtigt dies doch nicht deshalb die Affection im Allgemeinen so zu bezeichnen.

Allerdings wird auch jetzt noch von manchen Au-

toren nur das Vorkommen der Haematocele retrouterina angenommen und gegen den anteuterinen Sitz der Affection polemisirt, ich glaube jedoch dennoch diesen mit Sicherheit annehmen zu können, da er nicht allein pathologisch anatomisch möglich, sondern auch von verschiedenen Autoren beobachtet ist.

So berichtet Langenbeck (Lehrbuch der Frauenkrankheiten von Charles Wert p. 533.) einen Fall, wo der Sitz des Blutextravasates ganz entschieden vor dem Uterus war.

Dieser betraf nämlich eine Frau von 24 Jahren, die in Folge einer Ueberanstrengung bei der Menstruation ganz plötzlich von allen Symptomen einer Haematocele ergriffen wurde und 12 Stunden nach dem ersten Auftreten der Erscheinungen eine Geschwulst zeigte, die über der Symphyse, von da in die linke fossa iliaca hineinragend, bis vier Querfinger unterhalb des Nabels emporstieg, das vordere Scheidengewölbe mit nach abwärts vorgewölbt und den Uterus nach rückwärts gedrängt hatte, so dass der nach hinten und oben stehende Cervix in dem sehr verengten hinteren Beckenraum nur schwer zu erreichen war.

Die Geschwulst verlor sich nach fast dreimonatlichem ruhigen Aufenthalt im Bett und einfacher Behandlung von selbst, der Uterus war nach Ablauf dieser Zeit in seine normale Lage zurückgekehrt.

Ich habe gerade diesen Fall hier vollständig wiedergegeben, weil Dr. Schröder, der in einer vor Kurzem erschienenen Schrift (Kritische Untersuchungen über die Diagnose der Haematocele retrouterina) alle unter dem Namen einer Haematocele anteuterina veröffentlichten Fälle auf einen Bildungsfehler, nämlich einen doppelten Uterus zurückführen will und das Vorkommen der Haematocele anteuterina selbst ganz leugnet, denselben gar nicht berücksichtigt hat, mir derselbe aber gerade als

Beweis für das Vorkommen einer anteuterinen Haematocele von grofser Bedeutung zu sein scheint.

Eine weitere Frage, die sehr bald nach dem ersten von Nélaton gehaltenen Vortrage über die Haematocele aufgeworfen wurde, war die, ob dieselbe immer intraperitoneal sei oder sie auch ihren Sitz ausserhalb des Bauchfells haben könne.

Viguès nämlich, ein Schüler Nélaton's trat sehr bald mit der Behauptung hervor, dass nur Letzteres der Fall sei, eine Ansicht, die jedoch durch die gemachten Beobachtungen widerlegt wurde und sich auch niemals Geltung verschafft hat. Mehr Anhänger fand schon damals die Ansicht von Huguier, wonach der Sitz der Haematocele bald intraperitoneal, bald extraperitoneal d. h. im periuterinen Zellengewebe sein konnte. Dieser Ansicht haben sich jetzt die meisten deutschen Autoren angeschlossen, während die Mehrzahl der französischen Autoren, unter ihnen auch Voisin, der sich durch eine Monographie über Haematocele retrouterina, in der er eine Menge theils sehr interessanter Fälle mittheilt, entschieden ein grosses Verdienst erworben hat, immer noch der Ansicht Nélatons huldigen und die Haematocele nur für intraperitoneal halten.

Leider kann ich mich selbst noch nicht auf eigene Erfahrung stützen, aus den von Andern gemachten Beobachtungen kann ich jedoch schliessen, dass allerdings bei der Haematocele der Bluterguss in der Mehrzahl der Fälle innerhalb des Bauchfells erfolgt, derselbe jedoch auch unter das Bauchfell erfolgen kann, also auch eine Haematocele extraperitonealis anzunehmnn ist.

Für diese Ansicht spricht auch ein von Dr. Ott (die periuterinen und retrovaginalen Blutergüsse, Dissert. Tübingen 1864. S. 13.) publicirter Fall, wo bei einer Section einer am Typhus gestorbenen Frau ein abgekapselter Bluterguss von der Grösse eines Apfels im Septum rectovaginale, nur wenige Centim. von der Dou-

glas'schen Falte gefunden wurde. Unter diesem fand sich eine noch kleinere, etwa bohnengrosse und in der rechten Hälfte des durchschnittenen Septums eine dritte Höhle, etwas kleiner, aber der ersten sehr ähnlich.

Diese lag direct über dem Levator ani über dem die grofsen Schamlippen zusammensetzenden Gewebe. Die breiten Mutterbänder zeichneten sich durch ihre mächtigen Venengeflechte aus. Leider ist dies der einzige ausführlichere Sectionsbericht, der mir über den extraperitonealen Sitz der Haematocele zu Gebote steht, jedoch erwähnt West noch zwei Fälle, wo sich das Blut hinter den Uterus, aber unter das Bauchfell ergossen habe und zwar in einem Falle in die fossa iliaca, in dem andern zwischen die Falten des breiten Mutterbandes.

Wie über den Sitz der Haematocele, so sind auch jetzt noch die Ansichten über die Entstehung derselben verschieden, was besonders darin seinen Grund hat, dass bei den Sectionen öfter die Quelle des Blutextravasates gar nicht nachzuweisen ist oder doch der Nachweis zweifelhaft bleibt, weil die Blutung nicht immer durch handgreifliche grobe Laesionen bedingt wird.

Es würde zu weit führen, jede über die Entstehung der Haematocele aufgestellte Theorie zu erwähnen und will ich deshalb nur die anführen, welche mir am berechtigsten scheinen.

Von vielen Autoren wird in erster Reihe das Ovarium als die Quelle des Blutergusses angegeben. Wodurch die Blutung entsteht, ist immer noch eine offene Streitfrage, am wahrscheinlichsten scheint mir jedoch die Ansicht von Voisin, wonach dieselbe durch eine während der Regel erfolgende intensive Congestion der Eierstocksfollikel hervorgerufen werden soll.

Unter den von Voisin publicirten Fällen war das Ovarium 6 mal bei Haematocele und 6 mal bei freiem Blutextraverat der Ausgangspunkt der Blutung und

scheint somit allerdings die Annahme, dass dasselbe sehr häufig die Quelle des Blutergussus sei, gerechtfertigt. Eine zweite Ursache der Haematocele soll eine Haemorrhagie der Tubenschleimhaut sein.

Für diese Ansicht spricht ein von Scanzoni veröffentlichter Fall, wo sich bei einer Section eines kurz nach dem Eintritt der Menstruation verstorbenen Mädchens als Todesursache eine Haemorrhagie der linken Tube fand; dieselbe hatte die Dicke eines Zeigefingers und enthielt etwa 2 Unzen theils noch flüssigen, theils coagulirten Blutes, welches letztere durch das ausgedehnte Abdominalende mit einem beinahe ein Pfund betragenden, in der Beckenhöhle gelagerten, grösstentheils geronnenen Blutextravasate zusammenhing.

Auch West und Voisin berichten über mehrere Fälle, wo die Blutung aus einer Haemorrhagie der Tubenschleimhaut herzurühren schien. Ferner wird der Rückfluss des Blutes aus dem Uterus in die Tuben und von dort in die Bauchhöhle und die Zerreissung von varicösen Gefässen der breiten Mutterbänder als Ursache der Haematocele bezeichnet. Ersteres scheint nur in seltenen Fällen und zwar nur, wenn der Abfluss der Katamenien auf irgend eine Weise verhindert wird, der Fall zu sein, während sich die zerrissenen Gefässe der breiten Mutterbänder öfter als die Quelle der Blutung nachweisen liessen. Endlich will ich noch eine Ansicht über die Entstehung der Haematocele, die ihren Sitz innerhalb des Bauchfells hat, erwähnen, welche im Jahre 1860 zuerst von Dolbeau (Gaz. des. Hôp. 1860. Nr. 35. S. 138.) näher auseinander gesetzt ist, und der sich auch Virchow angeschlossen hat.

Letzterer sagt nämlich in seinem Werk über krankhafte Geschwülste (Berlin 1863 1ster Band S. 150.) Folgendes. „Es ist nicht selten, dafs, wenn in den Excavationen des Becken's entzündliche Prozesse Platz greifen und in Folge dessen eine pathologische Vascularisirung

zu Stande kommt, locale Hyperaemieen und Haemorrhagieen entstehen, die sich von Zeit zu Zeit wiederholen und allmählig zu reichlichen Anhäufungen Veranlassung geben. In diesem letzten Falle kann es geschehen, dass die Peritonitis retrouterina, ähnlich wie die Pachymeningitis, Pseudomembranen erzeugt und dass das Extravasat, welches aus den Gefässen der Pseudomembranen erfolgt, zwischen die Blätter derselben gesetzt und so eingeschlossenes Haematoma retrouterinum entsteht."

Neben dieser Entstehung der Haematocele, für die allerdings die dem eigentlichen Auftreten der Affection voraufgehenden Schmerzen sprechen, stellt Virchow die aus den Tuben und Ovarien kommenden Blutungen durchaus nicht in Abrede, er ist aber, sich auf mehrere Sectionen stützend, der Ansicht, dass durch die Pelviperitonitis haemorrhagica, d. h durch Blutungen aus den hyperaemischen neugebildeten Membranen, in der Mehrzahl der Fälle die Haematocele entsteht.

Fast immer steht die Haematocele mit der Menstruation in engem Zusammenhang und ist deshalb wohl mit Recht anzunehmen, dass in den meisten Fällen eine erhöhte und intensive Congestion zu den Sexualorganen die veranlassende Ursache zu dem Bluterguss ist.

Hiermit stimmt auch überein, dass die Affection fast immer während der Periode des thätigen Geschlechtslebens, also zu einer Zeit, wo am häufigsten Veranlassung zur Congestion der Sexualorgane gegeben wird, vorkommt und dass es zu den Ausnahmen gehört, wenn Frauen, die das 18. Jahr noch nicht erreicht, oder das 40. Jahr überschritten haben, davon befallen werden.

Unter 21 von West und 26 von Cohnstein (De haematocele uterina nonnulla. Dissert. inaugur. Berlin. 18. 63.) publicirten Beobachtungen, denen sich noch 6 von mir beobachtete Fälle anschliessen, also unter 53

Fällen, stellt sich das Alter der von Haematocele befallenen Frauen folgendermassen heraus:

Unter 20 Jahren waren				4.
Zwischen 20 und 25			„	9
„	25 und 30		„	17
„	30	„ 35	„	14
„	35	„ 40	„	6
Das 40. Jahr hatten überschritten:				3
				53.

Wir sehen aus dieser Tabelle, dass die Frauen zwischen den 25. und 35. Jahre, also in einem Alter, wo der Geschlechtstrieb am stärksten ist, an Haemotocele am meisten erkranken, eine Beobachtung, die auch Voisin bestätigt, bei dem sich ebenfalls unter 34 Beobachtungen 20 Fälle finden, wo die Frauen zwischen dem 25—36. Jahre stehen.

Besonders leicht werden die Frauen von der Haematacele befallen, bei denen schon längere Zeit Störungen des Menstrualflusses der einen oder andern Art eingetreten sind. Bisweilen wurde Unregelmässigkeit, sowohl in der Wiederkehr, als in der Menge des Blutverlustes beobachtet; andere Male wirkliche Metrorrhagie bei der Menstruation und in noch anderen Fällen war statt der Menses ein fast fortwährender Blutfluss eingetreten.

Auch Schmerzen bei der Menstruation und vollständige Suppression der Menses gehen häufig lange Zeit dem Auftteten der Haematocele voraus. Seltener sind die Fälle, wo solche Frauen an der Affection erkranken, die wegen einer Flexion des Uterus oder einer Verengerung des Muttermundes theils unregelmässig, theils gar nicht menstruirt sind, und wo mit Sicherheit anzunehmen ist, dass diese Bildungsfehler dadurch, dass das menstruelle Blut wegen der Verhinderung seines Abfliessens rückwärts in die Tuben und von da in die Bauchhöhle geflossen ist, eine Haematocele veranlasst haben.

Ueber einen solchen Fall berichtet Voisin: Hier war der Uteruskörper stark retroflectirt und seine Höhle von Blut ausgedehnt, das nach den Tuben gedrängt war und eine Haematocele gebildet hatte. Auch Brodie (The Lancet 22. Novbr. 1839) hat einen Bluterguss in den Douglas'schen Raume bei einer Haematometra beobachtet.

Nach Voisin soll auch eine allgemeine Plethora zur Haematocele praedisponiren, wenigstens will er bei den meisten von der Affection befallenen Frauen, auch wenn sie sonst regelmässig menstruirt waren, eine habituelle Reichlichkeit und lange Dauer des Katamenialflusses, eine dunkle Farbe des Blutes und die Häufigkeit von Blutgerinnseln beobachtet haben, Alles Erscheinungen die auf eine Plethora schliessen lassen.

Aber wie die Zunahme des Fibrins, die ja bei der Plethora immer vorhanden ist, so kann auch die Abnahme desselben, die bei exanthematischen Fiebern eintritt, die Beckenhaemorrhagien begünstigen. Einen solchen Fall erzählt Scanzoni (Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. 1863. pag. 363.) wo sich bei einem Mädchen, das, an den Morbillen leidend, plötzlich nach dem Eintritt der Menstruation starb, eine Haemorrhagie der linken Tube fand.

Auch Voisin berichtet, allerdings nur fragmentarisch einen Fall, wo bei einer an Varioloiden leidenden Kranken plötzlich eine heftige Menorrhagie eintrat.

Richet schreibt auch der Stuhlverstopfung einen gewissen Einfluss auf die Entstehung einer Beckenhaemorrhagie zu, indem durch den Druck der mit Fäcalmassen gefüllten Flexura iliaca auf die Venen des linken Ovariums die Bildung von Varicen des lig. latum befördert würde und nach Voisin ist selbst das Tragen eines Corsetes nicht ohne Bedeutung, da er beobachtet hat, dass dadurch die Congestion zu den Sexualorganen vermehrt wird.

Die Gelegenheitsursachen, durch welche nach Angabe der Kranken die Affection entsteht, sind sehr verschieden. Bald werden zu starke Arbeiten, bald Excesse in Venere, bald Erkältung, bald heftige Gemüthsaufregungen meist zur Zeit der Menstruation als Grund angegeben und nur in einem von West veröffentlichten Falle trat nach einem Abortus durch eine Anstrengung zuerst eine Zunahme der blutigen Ausscheidung und nach einiger Zeit eine Haematocele retronterina ein.

Symptome.

Meistens treten die Erscheinungen einer Haematocele während der Menstruation ein, weniger häufig nach den Menses und in sehr seltenen Fällen vor denselben. Sehr häufig geht dem Eintritt der Affection bald Dys bald Amenorrhoe vorher und nur selten erkrankt eine Frau an Haematocele, ohne dass vorher irgend welche Prodromalerscheinungen aufgetreten wären.

Vor dem Eintritt der acuten Symptome entsteht, selbst wenn vorher schon längere Zeit Suppression der Menses vorhanden gewesen war, in der Mehrzahl der Fälle ein sehr reichlicher Blutfluss, der meist nach Eintritt der innern Haemorrhagie geringer wird und in manchen Eällen plötzlich aufhört.

Zu den acuten Symptomen gehört vor Allem der Schmerz. Dieser, der sich bald bis zur Unerträglichkeit steigern, bald geringer sein kann, fehlt bei der Haematocele nie, und macht er deshalb in den Fällen, wo keine Prodromalerscheinungen aufgetreten waren, zuerst auf das Leiden aufmerksam. Der Sitz des Schmerzes wird von den Kranken verschieden angegeben. Bald nimmt er die rechte, bald die linke Regio iliaca ein, bald ist sein Sitz fast nur in der Sacralgegend, bald nur über der symphysis ossium pubis. Oefter ist er über den ganzen Unterleib verbreitet und strahlt bis zur

Kreuzbeingegend und den Oberschenkeln aus. Sehr häufig bezeichnen die Kranken selbst die Schmerzen als wehenartig, weil zu gleicher Zeit ein Gefühl von Schwere und Pressen nach unten damit verbunden ist und sie auch das Gefühl haben, als wolle ein fremder Körper sich aus der Vulva oder dem Rectum herausdrängen. In anderen Fällen werden sie von den Kranken als colicartig bezeichnet.

Durch Druck auf das Adomen und durch die geringste Bewegung werden die Schmerzen bedeutend vermehrt, weshalb die Kranken gewöhnlich still auf dem Rücken liegen und jede Bewegung ängstlich vermeiden.

Das Bild einer solchen Kranken gleicht deshalb sehr dem Bilde einer an Peritonitis Erkrankten, zumal da auch fast immer der Leib etwas aufgetrieben erscheint.

Bisweilen sind auch die unteren Extremitäten der Sitz von Schmerzen, welche dem Verlauf des Cruralis oder Ischiadicus folgen und durch Druck des Blutextravasates auf diese Nerven entstehen. Selbst Lähmung der Extremitäten habe ich eintreten sehen und zwar konnte man in einem von mir beobachteten Falle genau verfolgen, wie diese mit dem Wachsen der Geschwulst allmählig zu und mit dem Abnehmen derselben abnahm. Meistens ist Dysurie vorhanden. Die Kranken haben das Bedürfniss fast jede halbe Stunde zu uriniren, da die Blase sich wegen des ihr vom diclorirten Uterus gelassenen kleinen Raumes oder bei Haematocele ante uterina wegen des Druckes der Geschwulst selber nicht ausdehnen kann und so die Anhäufung des Urins verhindert wird. Seltener wird vollständige Harnverhaltung, die dadurch verwirkt wird, dass die Urethra zu fest gegen die Symphyse gedrückt wird, beobachtet, während Krampf der Harnblase nach Angabe vieler Autoren sehr häufig vorkommt.

Auch Störungen der Verdauungsorgane sind bald in höheren, bald in geringeren Grade vorhanden. Theils

in Folge der durch den Bluterguss entstandenen Peritonitis, theils aber auch in Folge des Druckes, der entweder durch die Geschwulst selber oder durch den zurückgedrängten Uterus auf das Rectum ausgeübt wird, ist meistens der Stuhlgang angehalten und tritt sehr bald eine wenn auch nicht sehr hochgradige Tympanitis ein. Die meisten Kranken klagen ferner über Brechneigung und öfter stellt sich sogar hartnäckiges Erbrechen ein, welches durch die geringsten Mengen von Speise hervorgerufen wird. Der Appetit ist Anfangs fast immer gänzlich verschwunden und kehrt erst allmählig zurück. Was nun die Allgemeinerscheinungen betrifft, so ist das Fieber von verschiedener, meist nicht gerade übermässiger Intensität. Selten wird es durch einen einmaligen Schüttelfrost eingeleitet, häufiger wiederholen sich während des Verlaufs der Krankheit leichte Schüttelfröste. Im Uebrigen sind Hitze der Haut, sehr viel Durst, Kleinheit und Häufigkeit des Pulses, Angst, Unruhe, Schlaflosigkeit und die gleich Anfangs eintretende Entfärbung der Haut, die eine mattweisse Farbe bekommt, die hervorragensten Symptome.

Kann man auch schon, wenn die Mehrzahl dieser Symptome vorhanden sind, mit ziemlicher Sicherheit eine Haematocele annehmen, so bekommt man doch noch näheren Aufschluss durch die örtliche Untersuchnng, welche allerdings gewöhnlich Anfangs wegen der grossen Schmerzhaftigkeit bei der geringsten Berührung fast unmöglich ist, nach einigen Tagen jedoch meistens schon vorgenommen werden kann. Bei der Palpation des Abdomens entdeckt man oberhalb der Symphyse, bald mehr auf der einen, und zwar in den meisten Fällen auf der rechten Seite, bald gerade in der Mitte eine umschriebene gewöhnlich noch sehr schmerzhafte Geschwulst, neben der man in seltenen Fällen den Fundus uteri fühlen kann. Gewöhnlich erreicht dieselbe schon in den ersten Tagen ihren gröfsten Umfang, je-

doch kommt es auch vor, dass es 14 Tage bis 4 Wochen ja noch länger dauert, bis sie zu ihrer höchsten Entwickelung gelangt ist.

Die Grösse der Geschwulst ist verschieden, denn während sie in einem Falle nur die eines Apfels hat, kann sie sich in einem andern Falle bis zu der eines kleinen Kinderkopfes entwickeln.

Nimmt man die Untersuchung bald nach dem Eintritt der ersten Erscheinungen wahr, so fühlt sie sich weich und fluctuirend an, später wird sie unregelmässig, dann hart, oft sogar knollig und nur in seltenen Fällen behält sie ihre erste Consistenz. Oefter kann die Geschwulst durch äussern Druck bewegt werden, meist jedoch ist sie fest im Becken fixirt. Erlaubt es die Schmerzhaftigkeit, zu percutiren, so erhält man einen leeren Ton.

Bei der Untersuchung durch die Vagina findet man die Portio vaginalis, die meistens bei Berührung sehr empfindlich ist, in der Mehrzahl der Fälle nach vorn gegen die Symphysis oss. pub., öfter aber auch nach einer Seite des Beckens oder nach hinten dislocirt. Meistens ist sie schwer zu erreichen und nur in seltenen Fällen ist sie nach unten getreten. Die von aussen gefühlte Geschwulst, von deren Identität mit der bei der innern Untersuchung gefühlten man sich durch eine gleichzeitig vorgenommene Palpation des Abdomens überzeugen kann, findet man meistens hinter dem Uterus, öfter umgiebt sie denselben jedoch auch seitlich und bei einer Haematocele anteuterina hat sie vor demselben ihren Sitz.

Ihre Consistenz ist gleich der durch die äussere Untersuchung constatirten und ihre Oberfläche meistens uneben, seltener glatt.

Durch das Speculum, das jedoch wegen der Schmerzhaftigkeit nur selten eingeführt werden kann, wurde in einigen Fällen eine violette Färbung der Scheidenschleimhaut constatirt, und wurde dies besonders von Nonat als

ein characteristisches Symptom der subperitonealen Haematocele angesehen; von andern Autoren ist jedoch nachgewiesen, dass die livide Farbe auch bei dieser häufig fehlt und ist deshalb kein Gewicht darauf zu legen. Dagegen soll eine sehr ungleiche Begrenzung der Geschwulst, welche man dabei zugleich vor, neben und hinter der Vaginalportion fühlt, für den Sitz der Haematocele ausserhalb des Bauchfelles sprechen.

Verlauf.

Der Verlauf der Krankheit ist verschieden. Bald sind die acuten Symptome nur gering, bald treten sie mit grosser Heftigkeit auf; bald nehmen dieselben schon nach einigen Tagen ab, bald halten sie Wochen lang an.

Letzteres ist besonders in den Fällen beobachtet, wo die Geschwulst noch mehrere Wochen lang in Wachsen begriffen war, obwohl auch hier öfter, wie ich selbst beobachtet habe, noch während dieselbe zunimmt, besonders die Schmerzen abnehmen.

Im Allgemeinen ist jedoch der Verlauf abhängig von den Ausgängen, welche die durch das Blutextravasat gebildete Geschwulst nimmt.

Diese sind, wenn nicht durch eine Punction das Blut entleert wird, folgende:

1. Resorption der Geschwulst.
2. Entleerung des Blutextravasates durch das Rectum.
3. Oeffnung der Geschwulst in die Vagina.
4. Suppuration des Blutextravasates.
5. Erguss der Flüssigkeit in die Bauchhöhle.

Die Resorption des Blutextravasates ist der häufigste Ausgang der Haematocele.

Voisin giebt an, dass dieselbe unter 25 Fällen 15 Mal stattgefunden habe und ich selbst habe dieselbe in 6 Fällen jedesmal eintreten sehen. Wird der Bluterguss resorbirt, so verliert die Geschwulst, nachdem sie ihre

grösste Ausdehnung erlangt hat, zuerst Weichheit und Fluctuation und wird hart, worauf sie fast sofort die Neigung zeigt sich zu verkleinern.

Mit der Abnahme derselben bessert sich nun auch der ganze Zustand der Kranken.

Das Fieber verschwindet allmählig, die Schmerzen verlieren ihre Heftigkeit, Harnentlehrung und Stuhlgang werden regelmässig, kurz die Kranke fühlt sich meistens noch ehe vollständige Resorption eingetreten ist, so wohl, dass sie sich für genesen hält.

Nur die Anämie hält gewöhnlich noch längere Zeit an, zumal da nicht selten noch während des Verlaufs der Krankheit blutige Ausscheidungen eintreten, die eine sehr hochgradige und selbst gefährliche Anämie hervorrufen können.

Die Dauer einer vollständigen Resorption des Blutextravasates ist sehr verschieden. Bald tritt dieselbe schon nach 6 Wochen, bald erst nach einem halben Jahre oder selbst noch später ein.

Tritt keine Resorption ein, so kann sich das angesammelte Blut durch das Rectum entleeren. Es tritt dann gewöhnlich, nachdem die Allgemeinerscheinungen schon wesentlich abgenommen, plötzlich eine Exacerbation derselben ein, worauf nach mehreren Tagen der Durchbruch erfolgt.

Fast immer genesen dann die Kranken wenige Tage nach Beginn des Blutausflusses und nur in höchst seltenen Fällen ist ein lethaler Ausgang durch putride Infection, die wahrscheinlich durch das Eindringen von Gasen der Fäcalmassen in die geöffnete Geschwulst entstanden war, beobachtet.

Auch vor der Oeffnung des Blutheerdes in die Vagina treten öfter, Uebelkeiten, Erbrechen, Fieber und Schmerzen ein, nach Entleerung des Blutes ist jedoch bis jetzt immer eine baldige Genesung erfolgt.

Anders ist der Verlauf, wenn sich die Geschwulst nach der Bauchhöhle öffnet.

Es tritt nämlich dann fast immer durch den Reiz, den das meist schon zersetzte Blut auf das Bauchfell ausübt, eine höchst acute Peritonitis ein, der die meist schon sehr erschöpfte Kranke gewöhnlich erliegt.

Endlich ist noch der Uebergang des Blutextravasates in Eiter zu erwähnen.

Dieser kündigt sich durch wiederholte starke Schüttelfröste mit darauf folgender Hitze, durch anhaltendes Fieber und heftige nach den Schenkeln ausstrahlende Schmerzen an. Wird hier ein chirurgisches Einschreiten versäumt, so gehen die Kranken meistens zu Grunde und nur selten erfolgt durch den Durchbruch des Eiters in das Rectum oder in die Vagina Heilung.

Differentialdiagnose.

Obgleich die Diagnose auf eine Haematocele aus den Symptomen und dem Verlauf mit ziemlicher Sicherheit gestellt werden kann, so giebt es doch noch manche Affectionen, die mit derselben verwechselt werden können und halte ich es deshalb für angemessen, näher auf die Differentialdiognose zwischen der Haematocele und den am leichtesten mit ihr zu verwechselnden und öfter auch schon verwechselten andern Affectionen einzugehen.

Sehr ähnlich der Haematocele ist der Character der Geschwulst bei der Entzündung des Uterinzellgewebes und auch die Symptome beider Affectionen gleichen sich im Allgemeinen so, dass selbst Nélaton einen Beckenabscess für eine Haematocele hielt.

Dennoch giebt es auch hier Momente, die einen aufmerksamen Beobachter vor Irrthum schützen können. Vor Allem ist die Anamnese von Wichtigkeit. Während nämlich der Beckenabscess meistens die Folge einer Entbindung oder eines Abortus ist und kaum je mit einer

andern Form von Menstrualstörungen verbunden ist, als der plötzlichen Suppression der Menses, ist die Haematocele fast immer die Folge menstrueller Zufälle. Meistens ist schon längere Zeit vorher Dysmenorrhoe vorhanden gewesen und gewöhnlich geht ihrem Eintritt noch eine Metrorrhagie vorher.

Auch der Verlauf beider Krankheiten ist verschie den. Bei der Bildung eines Beckenabscess sind nämlich die Allgemeinerscheinungen Anfangs nur von geringer Intensität, und steigern sich erst im Verlauf der Krankheit, während dieselben bei dem Eintritt einer Haematocele am stärksten auftreten und dannn allmählig wieder abnehmen. Letztere ist auch sehr häufig von einem blutigen Ausfluss begleitet, ein Symptom, was bei einem Beckenabscess nie vorkommt. Endlich entsteht die Geschwulst bei der Haematocele gleich im Beginn der Krankheit, ist weich und fluctuirend und wird erst mit eintretender Resorption hart, während die in Folge einer Entzündung sich bildende Geschwulst sich ganz allmählig bildet, zuerst hart ist und erst nach und nach Weichheit und Fluctuation zeigt.

Eine zweite Affection, die bei der Differentialdiagnose in Betracht kommt, ist die Extrauterinschwangerschaft. Suppression der Menses, Schmerzhaftigkeit im Abdomen, Becken und in der Sacralgegend, verbunden mit einem Gefühl von Abwärtsdrängen können Zeichen einer Haematocele und einer Extrauterinschwangerschaft zwischen dem zweiten und vierten Monat sein. Auch entstehen bei letzterer dadurch, dass durch die Entwickelung des Foetus hinter dem Uterus dieser gegen die Symphyse gedrängt wird, öfter Harnbeschwerden, der Stuhlgang ist häufig angehalten und schmerzhaft und selbst die Geschwulst, die durch das Scheidengewölbe gefühlt werden kann, bietet nicht selten eine grosse Aehnlichkeit mit der durch einen Bluterguss hervorgebrachten Geschwulst dar.

Die Schmerzanfälle bei einer Extrauterinschwanger-

schaft sind indessen meistens bei Weitem intensiver und zeichnen sich dadurch aus, dass sie einen paroxysmenartigen Character haben, während die Beschwerden in den Zwischenräumen geringer sind; die Geschwulst entwickelt sich ganz allmählig und zwar in den ersten Monaten fast ohne jede Beschwerde, die Brüste schwellen an und gleichen denen einer Schwangern und die innere Untersuchung ergiebt im Gegensatz zur Haematocele, dass der Uterus vergrössert ist und die Portio vaginalis und der Muttermund fast dieselben Veränderungen zeigt, wie bei einem schwangern Uterus. Oefter kann man sogar die Gliedmassen eines Foetus wahrnehmen und hierdurch allein die Diagnose feststellen.

Ist durch den Bluterguss eine Retroversion des Uterus bewirkt, ein Zustand, der bisweilen mit Suppression der Regeln während einiger Monate verbunden ist, so kann dies Veranlassung zu einer Verwechselung mit einem retrovertirten schwangern Uterus geben.

Zu diesem Irrthum wurde selbst Credé, wie er selbst erzählt, (Monatsschrift für Geburtskunde Bd. IX. p. I) verleitet, und auch Voisin theilt einen Fall mit, wo eine Haematocele für einen retrovertirten schwangern Uterus gehalten wurde.

Durch eine gründliche Untersuchung kann man sich jedoch auch vor dieser Verwechselung schützen, denn es werden bei Haematocele nicht nur alle Zeichen einer chwangerschaft am Muttermund und der Portio vaginalis fehlen, sondern man wird auch meistens constatiren können, dass die Geschwulst mit dem Uterus nicht zusammenhängt.

Auch eine Haematocele von Elexian des Uterus zu unterscheiden, ist nicht immer leicht. Erschwerte und schmerzhafte Entleerung des Mastdarms, Harndrang und Dysurie, Zeichen von Anämie, Schmerzen im Abdomen, Menstrualkolik und Dysmenorrhoe geben uns für die Differentialdiognose keinen Anhalt, da sie bei beiden

Affectionen vorkommen. Ebenso ist bei beiden Krankheiten im hintern oder vordern Scheidengewölbe ein Tumor zu fühlen. Meist gelingt es jedoch schon durch manuelle Untersuchung zu constatiren, ob der Tumor mit dem Uterus zusammenhängt und gelingt dies nicht, so giebt wohl immer die Uterussonde Aufschluss, ob eine Flexion des Uterus vorhanden ist.

Schwieriger kann die Diagnose sein, wenn Flexion des Uterus mit Haematocele zusammen vorkommt, was, wie wir schon gesehen haben, in seltenen Fällen beobachtet ist. Jedoch auch hier macht gewöhnlich die Grösse und Form der Geschwulst, sowie ihre Consistenz und Schmerzhaftigkeit besonders gegen Druck auf die Complication aufmerksam.

Dass auch mit einer fibrösen Geschwulst des Uterus die Haematocele verwechselt werden kann, zeigt ein Fall, wo Malgaigne, in der Meinung, ein Fibroid vor sich zu haben, den Uterus sowohl, als auch die durch einen Bluterguss gebildete Geschwulst incidirte und dadurch eine tödtliche Blutng verursachte. Bedenkt man jedoch das im Gegensatz zu einem Fribroide schnelle Entstehen der Geschwulst, sowie die mit der Haematocele fast gleichzeitig auftretenden acuten Symptome, die bei einer fibrösen Geschwulst nie vorhanden sind, so ist man wohl immer vor diesem Irrthum geschützt. Endlich sind es noch Krankheiten des Ovariums, die zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung geben können.

Betrachten wir zuerst die Ovariencysten, so sehen wir, dass auch diese, wenn sie noch klein sind, dieselbe Stelle einnehmen, wie die Haematocele retrouterina und dadurch den Uterus nach vorn, die Scheidenwandung nach unten drängen. Der Tumor kann ferner oberhalb der Schambeine gefühlt werden und eine deutliche Fluctuation darbieten.

Allein die Kranken sind fast stets über 40 Jahr alt, das Auftreten der Affection ist kein plötzliches; mit

schweren Krankheitserscheinungen verbundenes, und wenn auch die Entwickelung der Ovariencysten ziemlich oft von Unregelmässigkeiten in der Menstruation begleitet sind, so fehlt doch bei ihr immer ein anhaltender blutiger Ausfluss.

Auch zeigen dieselben im Gegensatz zur Haematocele die Tendenz an Umfang ganz allmählig zuzunehmen, ohne andere Symptome hervorzurufen, als die der Compression und Störung der Funktionen des Darmcanals. Schwieriger ist die Differentialdiagnose zwischen Ovaritis und Haematocele, zumal wenn die Ursache der ersteren eine Ovariencongestion ist.

Fast immer sind nämlich bei derselben Menstruationsstörungen und zwar bald Menorrhagie, bald Amenorrhoe vorhanden, es stellt sich Schmerz meist im ganzen Hypogastrium ein, verbunden mit einem Gefühl von Schwere im After und Pressen nach unten, und bald entsteht auch ein Tumor im Hypogastrium, der sehr viel Aehnlichkeit mit der Haematocele hat.

Fast nie jedoch beobachtet man einen so rapiden Verlauf der Zufälle, wie meistens bei der Haematocele; ebensowenig die schnelle Entfärbung der Haut und das fast constante gleichzeitige Auftreten von Metrorrhagieen.

Auch nehmen bei der Ovaritis die Allgemeinerscheinungen wegen der Eiterbildung allmählig an Heftigkeit zu, während bei Haematocele meistens nach und nach eine Besserung eintritt und immer entwickelt sich die zu fühlende Geschwulst erst nach einiger Zeit zu der Grösse der meisten Haematocelen.

Prognose.

Die Haematocele periuterina ist wegen der sie begleitenden Symptome immer eine ernste Affection, obwohl im Ganzen sehr wenige lethale Ausgänge bei ihr beobachtet sind.

Die Prognose derselben ist theils abhängig von der Masse des ergossenen Blutes, theils von den Ausgängen, welche das Blutextravasat nimmt.

Im Allgemeinen ist die Masse des ergossenen Blutes wohl nie so gross, dass dadurch ein lethales Ende herbeigeführt werden könnte, jedoch kann sich durch grössere und wiederholte Blutergüsse eine ausgebreitetere Peritonitis entwickeln, der die schon durch den Blutverlust geschwächte Kranke erliegt.

Ein solcher Fall gehört jedoch immer zu den Seltenheiten und sind deshalb bei Weitem mehr die Ausgänge der durch den Bluterguss gebildeten Geschwulst bei der Prognose von Bedeutung.

Als ein sehr günstiges Zeichen ist das Hartwerden und die Verkleinerung der Geschwulst anzusehen, da dies immer das erste Zeichen der beginnenden Resorption ist und diese immer die beste Prognose giebt. Fast immer tritt nämlich, wenn das Blutextravasat resorbirt wird, vollständige Heilung ein und nur selten bleiben durch die Verwachsungen der Därme, des Uterus und der Ovarien Beschwerden zurück.

Weniger günstig ist die Prognose bei dem Durchbruch des Blutextravasates in das Rectum oder in die Scheide, da besonders bei dem Durchbruch in das Rectum in einzelnen Fällen eine purulente Infection und ein dadurch herbeigeführter lethaler Ausgang beobachtet ist. Meistens jedoch bleibt nach den bisherigen Erfahrungen dieser Durchbruch ohne üble Folgen und tritt dann dadurch noch früher wie bei der Resorption die vollständige Heilung ein.

Eine sehr schlechte Prognose ist zu stellen, wenn die Geschwulst sich nach der Bauchhöhle öffnet oder der Inhalt derselben in Eiter übergeht.

Während nämlich im ersten Falle die Kranken fast immer der durch den Austritt des zersetzten Blutes hervorgerufenen acuten Peritonitis erliegen, ist in letzten Falle

fast nur durch ein frühzeitiges Oeffnen der Geschwulst, Heilung zu erzielen, und auch dieschirurgische Einschreiten ist nicht ohne Gefahr für das Leben des Kranken.

Diese letzten beiden Ausgänge der Geschwulst sind jedoch höchst selten und gehört deshalb ein ungünstiger Verlauf der Haematocele zu den Ausnahmen.

Therapie.

Die Prophylaxis fordert, dass Alles, was nach unserer Erfahrung eine Haematocele veranlassen kann, vermieden werde. Es muss deshalb, da die Affection meist zur Zeit der Menstruation eintritt, in dieser Zeit der Coitus unterlassen, äussere sowie innere Untersuchungen, schwere Arbeiten, heftige Gemüthsbewegungen, Erkältungen, kalte Injectionen in die Vagina vermieden werden.

Besonders muss dies allen den Frauen gerathen werden, die schon seit längerer Zeit an profuser oder unregelmässiger Menstruation leiden, weil diese am meisten zur Haematocele praedisponiren, ja solche Frauen müssen während der Menstruation die grösste Ruhe, sowohl des Körpers, wie des Geistes beobachten und selbst noch einige Tage nach dem Aufhören der Menstruation alle Anstrengungen und jeden Coitus vermeiden.

Bei der Behandlung der Haematocele hat man zwei Methoden empfohlen und zwar soll man nach der einen nur expectativ verfahren, während die andere in der frühzeitigen Oeffnung der Geschwulst und Entleerung ihres Inhaltes besteht.

Die expectative Behandlung hat zwei Aufgaben, nämlich theils neue Blutungen zu verhüten, theils die durch die Haemorrhagie bedingten Zuständezu beseitigen.

Zur Verhinderung neuer Blutungen ist vor Allem obsolute Ruhe des Körpers unbedingt nothwendig. Dann sind Eisumschläge auf das Hypogastrium, Sinapismen auf die untern Extremitäten uud von innern Mitteln vor

Allem Digitalis, um die Herzthätigkeit herabzusetzen, dann aber auch die Adstringentien, Liq. ferr. sesquichlor. und Säuren sehr zu empfehlen.

Die gewöhnlich durch den Bluterguss hervorgerufene Peritonitis ist durch 15—20 Stück Blutegel und nach dem Aufhören der inneren Blutung durch Cataplasmen auf den Unterleib, sowie durch innerliche Anwendung von Calomel und Opium zu bekämpfen, die Verstopfung durch Ol. Ricini oder Clystiere zu beseitigen, die Schmerzen durch Morphium, das besonders in die Haut des Abdomen injicirt, zorzügliche Dienste leistet, zu lindern; stellt sich Erbrechen ein, so gebe man Eis oder Opium. bei Harnverhaltung versäume man nie, die Blase von Zeit zu Zeit durch den Catheter zu entleeren.

Die gewöhnlich starke Anaemie ist durch Eisenpräparate und gute Kost zu beseitigen. Um die Resorption der Geschwulst zu befördern, vermag die Therapie nicht viel, immerhin verdienen jedoch nach dem Authören der acuten Symptome Vaginalinjectionen oder Sitzbäder von einer Jodkaliumlösung, so wie Ableitungen auf den Darmcanal durch salinische Abführmittel und auch der innere Gebrauch des Jodkaliums (ʒjj : ℥vj) in Anwendung gebracht zu werden.

Die andere Behandlungsweise der Haematocele besteht, wie wir schon erwähnt haben, in dem frühzeitigen Oeffnen der Geschwulst.

Dies geschieht bald durch Jncision bald durch Punction, oder durch beide vereinigt. Gewöhnlich öffnet man die Geschwulst an dem Theile, der den stärksten Vorsprung darbietet und zwar nach der Empfehlung der franz. und engl. Aerzte immer von der Scheide aus, während Credé sie vom Rectum aus zu öffnen empfiehlt.

Um der putriden Infection, die leicht nach der Oeffnung der Geschwulst eintreten kann, vorzubeugen, werden verschiedene Methoden empfohlen.

Récamier injicirte gleich nach der Entleerung

der Cyste warmes Wasser, Nélaton zuerst warmes Wasser und nach einigen Tagen warme Jodtinctur und Velpeau (des humeurs sanguines du pelvis; Gaz. des. hôp. 1851, 16) und Robert (Gaz. des. hôp. 1855. p. 204) empfehlen gleich nach Entleerung der Cyste und Ausspritzen derselben mit Wasser die Injection von Jodtinctur.

Obwohl nicht bestritten werden kann, dass durch alle diese chirurgischen Eingriffe schon in vielen Fällen eine schnelle und glückliche Heilung erzielt ist, so darf man doch nicht ausser Acht lassen, dass dieselben immer mit Gefahren verbunden sind und schon häufig dadurch ein lethaler Ausgang bewirkt ist.

Entzündung des entleerten Sackes, heftige Peritonitis, lebensgefährliche Blutungen aus einer verletzten Arterie und das Eintreten von putrider Infection sind Zufälle, die schon oft nach dem chirurgischen Einschreiten beobachtet sind und wird deshalb in neuerer Zeit von den meisten Autoren der expectativen Behandlung der Vorzug gegeben, da durch dieselbe ohne jene Gefahren meistens Heilung eintritt. Nur in den Fällen, wo das Blutextavasat in Eiterung übergegangen ist, muss die chirurgische Behandlung angewendet werden, da dann die durch die eingetretene Eiterung bedingten Gefahren grösser sind, als die der Operation.

Krankheitsfälle.

Anamnese.

Frau Eberhard, 34 Jahr alt, ist von ziemlich kräftiger Constitution und sonst immer gesund gewesen. Die Menstruation stellte sich zum ersten Mal in ihrem 17ten Jahre ein und zwar soll diese gleich das erste Mal 8 Tage gedauert haben und mit Schmerzen, die besonders in der Sacralgegend ihren Sitz hatten, verbunden gewesen sein.

Von da ab trat ihre Regel immer zur bestimmten

Zeit ein, war jedoch immer sehr profus und mit Schmerzen verbunden. In ihrem 22ten Jahre verheirathete sich Patientin und gebar nach zwei Jahren das erste Kind. Diese Geburt, sowie die 4 nachfolgenden waren sehr schwer, erfolgten jedoch immer spontan. Die letzte Geburt fand im Frühjahr 1865 statt. 20 Wochen nach derselben trat die Menstruation wieder ein und zwar wie früher sehr profus und mit wehenartigen Schmerzen verbunden.

Nachdem im Anfang April dieses Jahres die Regel fortgeblieben war, wurde am 22ten April Patientin plötzlich von Schwindel befallen, so dass sie sich zu Bett legen musste. Kurz darauf stellten sich heftige Schmerzen im Unterleib ein, die sich in kurzer Zeit immer mehr steigerten und zu denen sich nach einigen Stunden ein fortwährendes Pressen nach unten gesellte. Dieser Zustand hatte ungefähr 6 Stunden gedauert, als sich plötzlich durch die Scheide eine grosse Masse schwarzen dickflüssigen Blutes entleerte. Die spontanen Schmerzen nahmen darauf etwas an Intensität ab, waren jedoch noch immer sehr bedeutend und steigerten sich besonders bei der geringsten Bewegung der Kranken und bei Druck auf den Unterleib.

Diese Schmerzen, sowie der Blutabgang dauerten auch in den nächsten Tagen fort, der Stuhlgang wurde angehalten, das Urinlassen schmerzhaft, besonders wenn die Blase längere Zeit nicht entleert war, und fortwährende Unruhe und Schlaflosigkeit quälten die Kranke sehr.

Auch hatten sich gleich mit Beginn der Krankheit mehrere Schüttelfröste, Appetitlosigkeit und fortwährender Durst eingestellt.

Am 28ten April schickte Patientin zum Arzt.

Status praesens: Die Kranke sieht sehr bleich und anämisch aus. Der Leib ist etwas aufgetrieben und sehr schmerzhaft gegen Druck.

Man fühlt eine halbe Hand breit über der Symphyse

einen Tumor, dessen Consistenz wegen der grossen Schmerzhaftigkeit des Abdomens nicht festzustellen ist, der jedoch eine mehr breite als runde Form zu haben scheint und auf der rechten Seite etwas höher, wie auf der linken hinaufreicht.

Der Uterus ist nicht durch die Bauchdecken zu fühlen. Bei der innern Untersuchung findet man die Portio vaginalis nach vorn gedrängt, unmittelbar hinter der Symphysis oss. pub., so dass der Muttermund kaum zu erreichen ist. Die Beweglichkeit des Unterus ist vollständig aufgehoben und verursachen Bewegungsversuche heftige Schmerzen. Hinter und seitlich vom Uterus fühlt man einen Tumor, der sich rechts bis zur Beckenwand erstreckt und tiefer herabreicht, als links, wo derselbe die Beckenwand nicht erreicht. Die Oberfläche desselben ist uneben und von verschiedener Consistenz. Der Tumor selbst bei Berührung sehr schmerzhaft. Immer noch sind spontane Schmerzen, die bis zur Sacralgegend und den Oberschenkeln ausstrahlen, vorhanden und geht auch noch fast fortwährend dunkles Blut aus der Scheide ab, Der Stuhlgang ist angehalten und klagt die Kranke jetzt auch über fortwährenden Harndrang und Schmerzen beim Urinlassen. Appetit- und Schlaflosigkeit sind noch vorhanden. Der Puls ist sehr frequent, der Durst sehr gross.

Verordnung: Absolute Ruhe, Säure, kalte Umschläge auf den Unterleib, Morphium, Ricinusoel.

8. May. Der Zustand der Kranken hat sich insofern gebessert, als die spontanen Schmerzen fast vollständig verschwunden sind, und auch bei Druck der Unterleib nicht mehr so schmerzhaft ist, wie früher. Der Abgang von Blut dauert fort, ist jedoch nicht mehr so reichlich. Beim Stuhlgang, der täglich durch Ricinusöl hervorgerufen werden muss, empfindet die Kranke Schmerzen und auch das Urinlassen, zu dem immer noch ein sehr häufiger Drang vorhanden ist, ist noch schmerzhaft.

Bei der äussern Untersuchung findet man den Tumor bedeutend vergrössert etwa eine Hand breit über der Smyphyse, auf beiden Seiten gleich hoch stehend, bei Berührung schmerzhaft.

Die innere Untersuchung ergiebt ebenfalls ein Wachsen des Tumor und zwar besonders auf der linken Seite, wo derselbe weiter herunterreicht, wie früher und sich auch der linken Beckenseite mehr genähert hat. Die Oberfläche ist, wie früher, uneben und die Consistenz verschieden. Der Stand der Portio vaginalis ist wie früher. Auch ist Appetit- und Schlaflosigkeit noch vorhanden, der Puls immer noch frequent, der Durst noch ziemlich gross.

Verordnung wie früher.

20. May. Die Kranke klagt seit 8 Tagen über Schmerzen in den untern Extremitäten, die besonders im rechten Fusse sehr heftig sind, während sie auf der linken Seite nicht so bedeuteud sind und nur bis zum Knie heruntergehen. Seit einigen Tagen ist Lähmung beider Extremitaten eingetreten, die ebenfalls rechts vollständiger ist wie links. Die äussere Untersuchung ergiebt abermals ein Wachsen des Tumor, der ziemlich bis zum Nabel hinaufreicht. Seine Consistenz ist hart, und die Schmerzhaftigkeit selbst gegen Druck nur noch gering.

Bei der innern Untersuchung findet man den Tumor auf der linken Seite ebenso tief stehend, wie auf der rechten. Auch erreicht er jetzt vollständig die linke Beckenwand, so dass der Uterus mit Ausnahme der vordern Seite jetzt vollständig von demselben umgeben ist.

Immer noch geht etwas Blut ab, während spontane Schmerzen im Abdomen nicht mehr vorhanden sind. Der Stuhlgang ist immer noch unregelmässig und mit Schmerzen verbunden und auch das Urinlassen, das noch ziemlich häufig geschehen muss, ist noch schmerzhaft.

Der Puls ist noch ziemlich frequent, der Durst ge-

ringer wie früher. Die Appetitlosigkeit hat etwas abgenommen, während die Schlaflosigkeit fortdauert.

Verordnung: Liq. ferr. sesquichlor, Ricinusöl, Morphium, Bouillon sowie überhaupt leichte kräftige Kost. 10. Juni.

Der Zustand der Kranken ist ein wesentlich besserer geworden.

Die Schmerzen sowie die Lähmungserscheinungen in den untern Extremitäten sind allmählig verschwunden und nur noch eine grosse Kraftlosigkeit derselben ist vorhanden. Der Stuhlgang ist ziemlich regelmässig und ohne Schmerzen. Das Harnlassen ohne Beschwerden. Der Puls ist nur noch wenig frequent. Der Durst nur noch gering. Immer geht jedoch noch mit wenigen Unterbrechungen Blut ab, weshalb die Kranke auch sehr anämisch aussieht und sich sehr matt fühlt.

Die äussere und innere Untersuchung ergiebt eine Abnahme des Tumor. Dieser ist nämlich von aussen nur noch eine halbe Handbreit über der Symphyse zu fühlen und drängt die Portio vaginalis nicht mehr so nach vorn, wie früher. Seine Consistenz ist hart.

Verordnung: Eisen und kräftige Kost.

Bis Mitte Juli war die Kranke in Behandlung. Bis dahin war ein fortwährendes Abnehmen des Tumor zu bemerken, der zuletzt kaum noch über der Symphyse zu fühlen war.

Auch sonst fühlte sich Patientin ganz wohl und hatte bis auf eine noch ziemlich grosse Mattigkeit in den untern Extremitäten und einen geringen Blutabgang aus der Vagina keinerlei Beschwerden.

II.

Anamnese: Frau Schuster, 47 Jahr alt, will als Kind immer gesund gewesen sein. Die Menstruation

stellte sich zum ersten Male in ihrem 17ten Jahre ein. Patientin hat 11 Kinder geboren, das erste im 20ten Jahre. Ausserdem hat sie 2 Mal abortirt, das letzte Mal vor 7 Jahren. Seit der ersten Geburt stellte sich Drängen nach unten ein, seit der 3ten vollständiger Prolapsus, der nach jeder folgenden Entbindung grösser wurde. Der vor c. 3/4 Jahren eingelegte Mutterkranz fiel vor c. 9 Wochen wieder heraus, ohne dass der Vorfall wieder herauskam und Drängen nach unten eintrat. Die Menstruation war bis vor einem Jahre regelmässig. Dann traten 8 Wochen lang Blutungen aus einem Geschwür an der Portio vaginalis ein. Nach der Reposition des Vorfalls traten die Menses 2 Mal wieder regelmässig ein und hatten dann sistirt bis zum 22. April dieses Jahres. An diesem Tage fühlt Patientin plötzlich nach längerer Arbeit im Stehen (Waschen) heftige Schmerzen im Uuterleib, die einen wehenartigen Charakter hatten und in der darauf folgenden Nacht trat eine Blutung ein, die ohne Unterbrechung 8 Tage lang dauerte. Zu gleicher Zeit war Stuhlverstopfung vorhanden und hatte Patientin sehr über Durst-, Appetit- und Schlaflosigkeit zu klagen.

Status praesens am 5ten May.

Die Kranke sieht sehr anämisch aus, hat einen sehr frequenten Puls, viel Durst und klagt über Schmerzen im Unterleib, die sich bei jeder Bewegung und bei Druck bedeutend vermehren. Der Stuhlgang ist angehalten, das Harnlassen regelmässig und ohne Schmerzen.

Bei der äussern Untersuchung fühlt man etwa einen Finger breit einen Tumor über der Symphyse, dessen Consistenz wegen der Schmerzhaftigkeit nicht zu bestimmen ist.

Bei der innern Untersuchung findet man die Portio vaginalis ganz nach vorn gedrängt, dicht hinter der Symphyse. Der Muttermund ist gerade nach unten gerichtet. Im hintern Scheidengewölbe ist ein harter Tumor

zu fühlen, der von der einen Seite des Beckens bis zur andern reicht und ziemlich schmerzhaft ist. Unebenheiten sind am Tumor selbst nicht zu entdecken.

Verordnung: Cataplasmen, Calomel mit Opium. Absolute Ruhe.

21. Mai.

Das Aussehen der Kranken ist besser geworden. Der Puls ist ziemlich normal, Durst nicht mehr sehr gross. Die spontanen Schmerzen sind verschwunden und auch die Schmerzhaftigkeit des Abdomens gegen Druck nur noch sehr gering.

Der Stuhlgang ist ziemlich regelmässig.

Der Tumor ist bei der äussern Untersuchung kaum noch über der Symphyse zu fühlen und von deutlich harter Consistenz.

Bei der innern Untersuchung findet man die Portio vaginalis nicht mehr so nach vorn gedrängt und den Tumor bedeutend kleiner.

Patientin war bis Mitte Juni in Behandlung. Der Tumor war zu dieser Zeit im hintern Scheidengewölbe kaum noch zu fühlen und machte der Frau keinerlei Beschwerden.

Lebenslauf.

Ich, Gustav Adolph Caesar, bin geboren zu Schleibnitz, einem Dorfe in der Nähe Magdeburgs, am 6. November 1842. Mein Vater, Gustav Caesar, ist Pastor in Schleibnitz, meine Mutter Bertha stammt aus der Familie Grotjan. Ich bekenne mich zur evangelischen Confession. Vom Jahre 1855 ab besuchte ich das Domgymnasium in Magdeburg, das ich Michaelis 1863, mit dem Maturitätszeugnisse ausgestattet, verliess, um mich dem Studium der Medicin zu widmen.

Zu diesem Zwecke ging ich nach Halle, woselbst ich 5 Semester studirte und Ostern 1866 das Tentamen physicum bestand. Nachdem ich dann ein Semester der Universität Tübingen angehört hatte, kehrte ich nach Halle zurück und studirte daselbst noch die beiden folgenden Semester.

Während dieser 8 Semester besuchte ich folgende Vorlesungen und Kliniken:

In Halle: Prof. Volkmann, Anatomie und Physiologie. — Prof. Welker, Präparirübungen und Histologie. — Prof. Heintz, Anorganische und Organische Chemie. — Prof. Knoblauch, Physik. — Prof. Vogel, Encyclopädie u. Methodologie. — Geh.-Rath Blasius, Chirurg. Klinik.

In Tübingen: Prof. v. Niemeyer, Med. Klinik. — Prof. v. Bruns, Chirurg. Klinik und chirurg. Operationscurs. — Prof. v. Breit, Geburtshülfl. Klinik.

In Halle: Prof. Weber, Med. stationäre und ambulatorische Klinik, Poliklinik. — Prof. Olshausen, Geburtshülfl. Klinik, geburtshülfl. Operationscurs, Vorlesung über Frauenkrankheiten und Krankheiten der Neugeborenen. — Geh.-Rath Blasius, Chirurg. Klinik, Vorlesung über Eingeweidebrüche. — Prof. R. Volkmann, Chirurg. Klinik, Chirurgie und Chirurg. Operationscurs. Vorlesung über Knochenbrüche und Verrenkungen.

Nachdem ich nun das Tentamen physicum und Examen rigorosum bestanden, hoffe ich durch meine Dissertation und die öffentliche Vertheidigung der von mir aufgestellten Thesen die Doctorwürde zu erlangen.

Theses.

I.

Placenta praevia ist keine Indication zum Einleiten der Frühgeburt.

II.

Die Radical-Operation der Brüche ist zu verwerfen.

III.

Es giebt kein sicheres Zeichen der beginnenden Schwangerschaft.

IV.

Syphilis muss zuerst immer mit Quecksilber behandelt werden.